CONTRIBUTION

A

L'ÉTUDE DU MYXŒDÈME

CONSÉCUTIF A L'EXTIRPATION TOTALE OU PARTIELLE

DU

CORPS THYROÏDE

PAR

Le Dr Jaques-L. REVERDIN

MEMBRE ASSOCIÉ ÉTRANGER DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

COMMUNICATION FAITE AU CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE
SÉANCE DU 18 OCTOBRE 1886

Extrait de la *Revue médicale de la Suisse romande*, 1887.

GENÈVE
IMPRIMERIE CHARLES SCHUCHARDT
1887

Contribution à l'étude du myxœdème consécutif à l'extirpation totale ou partielle du corps thyroïde,

Par le Dr Jaques-L. Reverdin,
Membre associé étranger de la Société de chirurgie.

(Communication faite au Congrès français de chirurgie, séance du 18 octobre 1886).

Il y a quatre ans maintenant que je signalais à mes collègues de la Société médicale de Genève, dans la séance du 13 septembre 1882 [1], des accidents jusqu'alors inconnus, et que j'avais observés chez quelques-uns de mes opérés de goitre assez longtemps après leur guérison ; j'annonçais que ces accidents observés dans les cas d'extirpation totale seuls, étaient caractérisés par de la faiblesse des membres, de l'accablement, de la tristesse, une pâleur anémique, de l'œdème des mains et de la face, sans albuminurie ; dans un cas, disais-je, le facies est devenu très analogue à ce qu'il est chez les crétins. Pour expliquer ces phénomènes j'ajoutais : « quelle part prend le système nerveux dans la production de ces accidents ? L'irritation, le tiraillement du grand sympathique doivent-ils être mis en cause ? ou bien le corps thyroïde, dont les fonctions sont encore obscures pour les physiologistes, jouerait-il dans l'hématopoièse un rôle assez important pour que son ablation entraînât un trouble si profond dans l'économie ? »

[1] *Revue médicale de la Suisse romande*, 1882, p. 539.

J'annonçais enfin qu'en présence de ces résultats, j'avais modifié ma pratique, qu'au lieu d'enlever comme autrefois le corps thyroïde en entier quand c'était possible, je procédais par énucléation, en conservant une partie de la glande, ou bien je n'enlevais que l'un de ses deux lobes.

L'année suivante nous avons fait paraître, le Dr Auguste Reverdin et moi, un travail basé sur vingt-deux cas d'opérations de goitre faites presque toutes en commun [1]; nous avons alors décrit d'une façon complète d'après le résultat de nos observations les accidents en question, et, les premiers, nous avons signalé les rapports qu'ils présentent avec la maladie observée d'abord par sir W. Gull et nommée *cachexie pachydermique* par Charcot, *myxœdème* par Ord ; ces rapports sont d'autant plus frappants que dans cette dernière affection la glande thyroïde est atrophiée ; nous proposions en conséquence de donner à cette complication tardive de la thyroïdectomie totale le nom de *myxœdème par extirpation de la thyroïde* ou, pour abréger, *myxœdème opératoire*. Nous attirions enfin l'attention sur les rapports qui existent probablement entre le crétinisme avec ou sans goitre, le myxœdème spontané et le myxœdème opératoire. — Au mois d'avril 1883, avant qu'eût paru la partie de notre travail relative à cette question, Kocher [2], à qui j'avais en septembre 1882 parlé de mes observations, communiquait à la Société des chirurgiens allemands d'importantes recherches sur le même sujet ; en 1874 déjà il avait su, il est vrai, que l'une de ses opérées avait présenté des modifications notables de l'intelligence et du caractère, mais il faut qu'il n'y ait pas attaché d'importance, puisqu'il avait continué à faire des extirpations totales ; les deux dernières à moi connues datent du 27 novembre 1882 et du 16 janvier 1883. A la suite de la communication orale que je lui avais faite, il revit ses anciens opérés, et sur les dix-huit qu'il put examiner alors (tous ayant subi l'extirpation totale), il ne s'en trouva que deux indemnes des accidents qui nous occupent ; encore tous deux présentaient-ils une récidive de leur goitre ; aucun accident de

[1] Jaques-L. Reverdin et Auguste Reverdin, Note sur 22 opérations du goitre. *Revue médicale de la Suisse romande*, avril, mai, juin 1883.

[2] Th. Kocher, Ueber Kropfextirpation und ihre Folgen. *Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie*. Zwölfter Congress 4-7 April 1883 et *Archiv für klinische Chirurgie*, 1883.

ce genre au contraire à la suite de l'extirpation partielle. Kocher donna à la maladie observée chez ses opérés le nom de *cachexia strumipriva*.

Le fait était donc acquis et contrôlé ; dès lors du reste un bon nombre d'opérateurs et dans différents pays, en Suisse, en Allemagne, en Autriche, en Angleterre, en Italie ont apporté leur contingent de faits ; à part quelques rares opposants, aujourd'hui la réalité de ces phénomènes est reconnue partout. Il restait à en établir les conditions de développement, à en étudier d'une façon plus complète le tableau clinique et à en élucider la pathogénie. Sous ces trois rapports il a été fait beaucoup, mais il reste plus encore à faire ; je suis certain actuellement que les conditions de développement ne sont pas aussi simples et précises que je l'avais cru d'abord et qu'on le croit généralement encore et je vous montrerai que l'extirpation totale n'est pas seule suivie d'accidents ; les formes de la maladie, sa marche, son pronostic sont loin d'être établis et ne pourront l'être définitivement qu'après un laps de temps suffisant et nécessairement long, puisqu'il s'agit d'une affection chronique ; enfin, malgré le nombre et la valeur des physiologistes qui se sont adressés à l'expérimentation et ont cherché à la fois à établir la genèse de l'affection et à déterminer les fonctions de la thyroïde, ce double problème attend encore une solution complète.

Pour toutes ces raisons il m'a paru intéressant et utile de vous entretenir de cinq de mes opérés qui ont présenté à des degrés inégaux les phénomènes du myxœdème opératoire et cela d'autant plus que, en suivant leurs observations depuis cinq ou six ans, j'ai découvert chez quelques-uns d'entre eux des particularités qui me paraissent avoir échappé jusqu'ici et qui m'ont mis sur la voie de faits nouveaux que je me propose de vous communiquer.

Avant d'aborder l'histoire particulière de mes malades, il est nécessaire de jeter un coup d'œil rapide sur l'affection dont ils ont présenté les manifestations plus ou moins accusées.

La parfaite analogie des symptômes observés chez eux avec ceux du myxœdème, signalée par nous d'abord de la façon la plus explicite, a bientôt été remarquée par d'autres : dans la séance du 23 novembre 1883 de la Clinical Society de Londres, le docteur Félix Semon [1], qui ne connaissait évidemment pas

[1] F. Semon, *British medical Journal*, 1883, t. II, p. 1072.

notre travail, annonçait qu'à la lecture du mémoire de Kocher, il avait immédiatement retrouvé dans la Cachexia strumipriva de cet auteur tous les caractères du myxœdème ; cette idée adoptée par d'autres, par Brun's [1] entre autres, a reçu dans ces derniers temps une nouvelle confirmation des expériences de Victor Horsley [2].

Voici en effet brièvement résumés les phénomènes qui se déroulent chez les opérés : deux ou trois mois après l'opération, quelles qu'en aient été du reste les suites immédiates, le teint pâlit, les traits du visage se bouffissent, les mains, les pieds se tuméfient ; la bouffissure ordinairement très marquée aux paupières, fait croire à une maladie de Bright, mais on ne trouve que rarement de l'albumine dans l'urine ; du reste, en y regardant de plus près, on s'aperçoit qu'il ne s'agit pas d'un œdème vrai, le doigt ne laisse pas d'empreinte, c'est un œdème solide si l'on peut dire. Le visage dont les traits sont épaissis est en quelque sorte immobilisé, sans expression et rappelle, comme je l'avais remarqué, celui des crétins.

L'interrogatoire nous apprend alors que depuis quelque temps le malade se sent faible, qu'il ne peut marcher sans fatigue, que ses jambes lui paraissent lourdes, paresseuses, que ses mains refusent leur service, qu'elles sont comme engourdies, remarquablement maladroites ; vous pouvez constater facilement qu'en effet tous les mouvements sont lents, qu'entre le moment où vous commandez une action musculaire et celui où elle s'exécute, il y a un intervalle marqué. Ce ne sont pas seulement les membres qui sont devenus apathiques, les actes intellectuels sont également ralentis, les réponses à vos questions arrivent et elles sont judicieuses, mais elles se font attendre et les mots se traînent avec lenteur et effort les uns après les autres. La mémoire est très ordinairement diminuée et cela d'une façon durable.

Les sens eux-mêmes peuvent être affaiblis, mais ordinairement à une période avancée de la maladie ; l'on a remarqué comme dans le myxœdème un retard dans la perception des

[1] P. Brun's, Ueber den gegenwärtigen Stand der Kropfbehandlung, *Sammlung klinischer Vorträge herausgegeben von R. Volkmann* n° 224. Leipzig 1884.

[2] V. Horsley, The thyroïd gland : its relation to the Pathology of myxœdema and cretinism, to the question of surgical treatment of goître and the general nutrition of the body. *British medical Journal*, 17 et 31 janvier 1885.

sensations tactiles ; j'ai observé dans un cas une abolition complète de la sensation de la faim et de la soif.

Une sensation subjective que nos malades ont régulièrement accusée c'est celle du froid ; ils ont constamment froid tantôt dans tout le corps, tantôt dans telle ou telle région, les pieds, les mains, le cou, le dos ; ils ne parviennent pas à se réchauffer même en été et sont obligés de se couvrir outre mesure la nuit.

Diverses altérations trophiques ne tardent pas à survenir du côté des téguments ; la transpiration est complètement supprimée, la peau devient sèche sur tout le corps, puis elle s'écaille particulièrement à la paume des mains, à la plante des pieds, au bas des jambes, au cuir chevelu, elle présente alors l'aspect de l'ichthiose ; les cheveux, les poils du visage et du corps tombent en grande quantité, ceux qui subsistent sont rares, secs et cassants ; je n'ai pas trouvé de modifications des ongles chez mes malades.

Si l'on interroge les viscères on ne trouve ordinairement rien, si ce n'est que le pouls est généralement petit et faible ; la rate ne m'a pas paru augmentée de volume. Les modifications de la composition du sang, les proportions relatives de ses globules rouges ou blancs n'ont paraît-il rien de constant.

Tous ces phénomènes sont exactement ceux que l'on observe dans le myxœdème ; quelques autres caractères de cette maladie qui nous avaient échappé d'abord se sont montrés ultérieurement chez mes opérés ou bien ont été rencontrés par d'autres chirurgiens ; les douleurs ou les crampes dans les membres, les vertiges, les attaques hystériques ou épileptiformes, la paralysie, l'agoraphobie, la manie en ce qui touche le système nerveux ; la rougeur du nez, des pommettes, la teinte foncée des lèvres, le gonflement de la langue, du palais, les pseudolipomes sus-claviculaires dont j'ai observé deux cas ; en un mot rien ne manque au parallélisme parfait des deux tableaux morbides, comme l'affirmait il y peu de jours encore le docteur Semon à la réunion des naturalistes allemands.

Tout dernièrement Bourneville et Bricon[1] viennent de nous fournir un nouvel argument. Kocher qui a opéré un assez grand nombre de jeunes sujets, a montré que sa cachexia strumipriva

[1] Bourneville et Bricon, De l'idiotie compliquée de cachexie pachydermique (idiotie crétinoïde). *Archives de Neurologie*, 1886.

présente alors des caractères particuliers, que dans ces conditions d'âge elle a pour effet d'arrêter le développement physique et intellectuel d'une façon frappante: l'enfant cesse presque complètement de grandir, sa tête seule prend du développement et cette grosse tête avec sa face bouffie, ses cheveux rares et grêles, ses lèvres, sa langue tuméfiées rappelle d'une façon frappante l'apparence du crétin; les facultés intellectuelles s'engourdissent, le travail devient lent, pénible, le maître d'école ne peut bientôt plus rien tirer de ces cerveaux déchus. Eh bien, précisément, Bourneville et Bricon viennent de décrire sous le nom de « Idiotie compliquée de cachexie pachydermique (idiotie crétinoïde) » des cas tout à fait semblables où la maladie s'est développée spontanément pendant l'enfance, et dans les autopsies connues la glande thyroïde manquait.

Voilà en effet le point capital de mon rapprochement: dans le myxœdème des adultes la glande thyroïde est ou complètement ou incomplètement atrophiée, dans l'idiotie crétinoïde elle est absente ; et tandis que chez les opérés adultes nous observons une maladie semblable au myxœdème des adultes, chez les opérés non adultes nous la voyons se compléter de cet arrêt de développement qui caractérise l'idiotie crétinoïde et qui porte à la fois sur le corps et sur l'intelligence; Grundler[1] élève de Brun's a publié l'observation d'un malade opéré à l'âge de 10 ans et mort à l'âge de 28 ans dont l'histoire, à part l'opération pourrait faire le pendant des observations de Bourneville et Bricon.

Enfin un dernier argument m'est fourni par les expériences de Horsley sur des singes; qu'il me suffise de dire, que chez ces animaux l'extirpation de la thyroïde amène comme chez l'homme, plus rapidement il est vrai, une bouffissure des téguments tout à fait analogue à celle du myxœdème, un état d'idiotie et finalement la mort.

Les expériences de Horsley ont dans l'histoire du myxœdème une importance capitale; elles démontrent, ce me semble, d'une façon positive que dans cette maladie l'atrophie de la thyroïde, quelles que soient du reste les fonctions de cet organe, est le phénomène primitif, contrairement à l'opinion de Ord. Quelle est la cause de cette atrophie? Jusqu'ici cette question est sans réponse.

[1] R. Grundler, Zur Cachexia Strumipriva. *Beiträge zur klinischen Chirurgie* von Dr Paul Brun's, Tubingen, 1885, p. 420.

Pour compléter le parallèle il faudrait pouvoir traiter le chapitre de l'anatomie pathologique; je ne connaissais jusqu'ici qu'une autopsie de myxœdème opératoire, rapportée par Grundler; on ne trouva d'autre lésion importante qu'une lepto-méningite avec participation de la couche corticale du cerveau; on ne trouva pas de mucine dans les masses de tissu conjonctif chargées de graisse œdémateuse. Je viens de recevoir il y a peu de jours du docteur von Mandach de Schaffhouse les détails de l'autopsie d'un de mes malades qui est allé mourir dans son pays, mais l'affection était compliquée de tuberculose de sorte que cette autopsie n'a pas une grande valeur. Enfin Krönlein[1] a parlé, dans une séance de la Société de médecine de Zurich, d'une troisième autopsie dans laquelle on ne trouva qu'un léger degré d'atrophie de la substance corticale; ce cas n'avait d'après Krönlein pas une grande valeur le malade ayant été longtemps épileptique. — Vous voyez que nous manquons de documents suffisants sur ce côté de la question.

Néanmoins, Messieurs, si vous admettez comme moi que les accidents consécutifs à l'extirpation totale du corps thyroïde forment un tableau symptomatique semblable à celui du myxœdème, vous accepterez, je pense, le terme de *myxœdème opératoire* que nous avions proposé en 1883 et qui pour différentes raisons me paraît préférable à celui de cachexia strumipriva; je vous montrerai bientôt que le mot de cachexia a l'inconvénient grave d'être impropre dans un certain nombre de cas, que tous les malades atteints ne paraissent pas voués à une mort plus ou moins lente, que le qualificatif strumipriva risque lui aussi de n'être pas toujours absolument justifié.

Il a été admis jusqu'à présent que le myxœdème ne se développe qu'à la suite de l'extirpation totale de la thyroïde; comme Kocher, comme ceux qui nous ont suivis, nous regardions cette règle comme absolue; nous n'avions lors de notre premier travail et jusqu'à l'année dernière rien observé qui nous parût en contradiction avec elle. Nous avions chez une malade qui avait échappé aux accidents, vu se développer, un certain temps après l'opération, une petite tumeur lisse, ovalaire, siégeant au niveau de la partie latérale droite du cartilage thyroïde, et Kocher avait vu des cas semblables; notre interprétation établie d'une façon indépendante était identique

[1] *Correspondenzblatt für Schweizer Ærzte*, 15 août 1885, p. 397.

à la sienne; le développement de ces tumeurs, évidemment thyroïdiennes, indiquait tout simplement que l'extirpation en apparence totale ne l'avait pas été en réalité, et c'était précisément pour cela que le myxœdème avait manqué à se produire. L'axiome restait debout : « l'extirpation totale, et réellement totale seule est suivie de myxœdème, » nous verrons bientôt ce que l'on peut en penser actuellement.

Il s'en faut d'autre part que toute extirpation totale soit fatalement suivie de myxœdème et c'est précisément un des points les plus obscurs de l'histoire de cette complication. Pour expliquer l'absence constatée d'accidents dans un certain nombre de cas, on s'est demandé s'il n'existait pas un organe qui pût suppléer dans ses fonctions la thyroïde enlevée; mais ni l'examen chez l'homme ni les expérimentations chez les animaux n'ont encore fourni aucune donnée positive et générale sur ce point. Dernièrement, d'après Semon[1], un savant italien aurait découvert chez le chien l'existence d'une thyroïde accessoire aortique qui pourrait peut-être expliquer les cas assez rares où ces animaux survivent à l'extirpation.

Quoi qu'il en soit, voici quelques données numériques sur la fréquence du myxœdème opératoire; vous verrez que les proportions varient beaucoup.

Kocher dans son travail de 1883 donnait les chiffres suivants: sur 24 opérés ayant survécu 18 purent être examinés directement, 2 d'entre eux étaient bien portants, mais il y avait récidive du goitre, les 16 autres étaient tous plus ou moins gravement atteints; 6 ne se présentèrent pas mais donnèrent de leurs nouvelles, 4 étaient bien portants, 2 atteints de cachexie.

En 1885, Kocher[2] annonçait que sur 34 opérés, 24 fois la maladie s'était développée; enfin ce printemps il écrivait à la réunion de la Société des chirurgiens allemands que l'extirpation totale du goitre chez les individus dont le développement physique n'était pas encore terminé était *toujours* suivie d'une cachexie qui aboutissait à l'idiotie.

Pour notre part nous avions observé 5 fois le myxœdème plus ou moins accusé sur 11 opérés suivis; il est vrai que la plus jeune opérée de cette catégorie avait 20 ans et c'était précisément l'une des plus gravement atteintes.

1 F. Semon, *Deutsche Medizinal-Zeitung*, 1886, p. 883.

2 Th. Kocher, *Correspondenzblatt für Schweizer Ærzte*, 1885, 1er juillet, p. 319.

Julliard[1] a vu 2 cas, dont l'un chez un jeune homme de 17 ans qui présenta un arrêt de développement; je ne sais combien il a revu de ses opérés.

Baumgärtner[2] avait eu 4 cas sur 11 opérés, il en a annoncé un cinquième dernièrement[3].

Pietrzikowski[4] compte sur 9 opérés de Gunenbauer 3 cas, mais il ajoute que, parmi ceux qui ont simplement donné de leurs nouvelles et qui n'ont pas été revus, plusieurs se plaignent de légers malaises, de sensations de froid, de gonflement dans quelques parties du corps, de céphalalgie; il n'y attache pas d'importance, mais je crois au contraire que ce sont des cas légers de myxœdème.

En Italie, Ruggi de Bologne[5] annonce 2 cas sur 5 opérations; Occhini de Rome[6] signale un cas de cachexie consécutif à la destruction d'un goitre par l'électrolyse; ce fait curieux et intéressant aurait une grande importance au point de vue théorique du mécanisme des accidents.

Citons les cas de Brun's, de König[7], de Mikulicz[8], et quelques autres encore; nous pouvons dire qu'aujourd'hui plus de 40 fois le myxœdème opératoire a été observé.

D'autre part, je lis dans un article de sir W. Mac Cormak[9] qu'il a reçu du Dr Wölfler le 15 juillet 1884 une lettre dans laquelle ce dernier indique que « la cachexia strumipriva n'a pas encore été observée à la Clinique de Vienne; on n'y opère que très exceptionnellement de jeunes sujets. »

Bottini sur 52 opérations n'a jamais vu se produire la cachexie.

Tout dernièrement, à la réunion des naturalistes allemands à Berlin (18-24 septembre 1886), Bardeleben[10] affirmait que, sur

[1] G. Julliard, Trente et une extirpations de goitre. *Revue de Chirurgie*, 1883.

[2] Baumgärtner, Zur Cachexia strumipriva. *Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie* Dreizehnter Congress, 16-19 april 1884.

[3] Baumgærtner, *Deutsche Medizinal-Zeitung*, 1886, n° 80, p. 882.

[4] Ed. Pietrzikowski, Beiträge zur Kropfextirpation nebst Beitragen zur Cachexia strumipriva. *Prager medicinische Wochenschrift*, Dec. 1884 et janvier 1885.

[5] et [6] *Semaine médicale*, 28 avril 1886, p. 178.

[7] König, Ueber Cachexia strumipriva. *Berliner klinische Wochenschrift*, juin 1884, n° 22.

[8] Mikulicz, Ueber die Resection des Kropfes. *Centralblatt für Chirurgie*, n° 51, 1885.

[9] Mac Cormak, *British medical Journal*, 1884, t. II, p 231.

[10] Bardeleben, *Deutsche Medizinal-Zeitung*, 1886, p. 883.

une douzaine d'opérations faites dans les 4 ou 5 dernières années, pas un seul de ses malades n'était devenu cachectique, et il faisait remarquer que parmi ses opérés quatre n'étaient âgés que de 24, 22, 17 et 13 ans ; l'enfant de 13 ans a été suivi pendant 2 ans et n'a présenté aucun symptôme de myxœdème. Küster[1] dans la même séance donne ses propres résultats soit 1 cas de cachexie sur 8 extirpations totales, néanmoins il a renoncé à la pratiquer.

Trombetta de Messine[2] dit avoir établi une statistique très rigoureuse des faits de ce genre qui se trouvent dans la littérature et être arrivé à cette conclusion que la cachexia strumipriva n'était survenue que chez 27 % des opérés.

Comme on le voit les chiffres sont très discordants; je m'empresse d'ajouter qu'ils sont loin de représenter la réalité des choses; pour établir d'une façon sérieuse la porportion des opérés atteints par le myxœdème, il faut d'abord que le chirurgien puisse les examiner lui-même directement, il faut qu'il sache que chez les adultes au moins on rencontre des formes très atténuées de la maladie, que les symptômes les plus frappants peuvent manquer, il faut enfin que les examens soient répétés.

Il ne résulte pas moins de ce que je viens de vous dire que, si le myxœdème opératoire est une complication relativement fréquente de l'extirpation totale, cependant, et, sans que nous en sachions la raison jusqu'ici, il peut faire défaut, assez souvent chez l'adulte, mais aussi quelquefois chez les sujets opérés avant l'achèvement de leur développement complet.

Quelques auteurs peu après la découverte de la maladie ont avancé que son développement était en relation avec l'existence du crétinisme à l'état endémique, que, dans les pays où le crétinisme est inconnu, la cachexia strumipriva ne se produisait pas, que les opérés atteints de la maladie l'auraient été sans opération ; cette opinion a été soutenue il n'y a pas longtemps encore par Bottini et par Rotter[3] assistant de Maas. Les faits se sont chargés de montrer qu'à Berlin comme à Prague, comme à Londres, comme à Bologne ou à Rome, cette curieuse maladie

[1] Küsster, *Deutsche Medizinal-Zeitung*, 1886, p. 883.

[2] Trombeita, *Semaine médicale*, 1886, p. 178.

[3] J Rotter, Die operative Behandlung des Kropfes. *Mittheilungen aus der chirurgischen Klinik zu Wurzbourg*, von prof Dr H. Maas. Berlin, 1885, p 91.

peut se développer aussi bien qu'à Berne, à Baden-Baden, à Tubingue ou à Genève.

Les singes de Horsley sont du reste là pour prouver qu'il n'est pas nécessaire d'habiter un pays de crétins pour devenir myxœdémateux ; dira-t-on que, le myxœdème étant relativement fréquent à Londres, ces malheureux animaux en auraient été atteints sans extirpation de la thyroïde ?

Dans notre travail de 1883 nous avions été peut-être un peu trop optimistes, nous espérions, en observant chez plusieurs de nos malades une amélioration manifeste, que leur santé finirait par se rétablir complètement ; Kocher me paraît avoir été de son côté trop pessimiste en considérant la maladie comme fatalement progressive et conduisant plus ou moins lentement à la décrépitude et à la mort, si le terme de cachexie qu'il lui a appliqué traduisait bien sa pensée. Je crois que la réalité ne répond exactement ni à son opinion ni à la nôtre, parce que toutes deux étaient trop absolues et prématurées. Il faudra encore une longue observation pour arriver à établir définitivement le pronostic de la maladie, mais on peut dire dès maintenant que ce pronostic doit être variable, parce qu'il y a des cas graves et des cas légers, susceptibles au moins d'amélioration très considérable sinon de guérison complète.

Jusqu'à ces derniers temps les auteurs qui ont décrit les accidents ne se sont guère préoccupés de leurs degrés plus ou moins accusés et il semblait admis qu'il s'agissait toujours d'une maladie grave, d'une véritable cachexie. Je ne crois pas qu'il en soit toujours ainsi et j'espère vous le prouver par l'histoire résumée de mes cinq malades.

J'ajoute que pendant que je rédigeais ce travail j'ai lu que Baumgärtner, dans une communication faite à la réunion des naturalistes allemands, signalait à côté de cas graves, des cas légers ; dans l'un de ces derniers il y avait une amélioration manifeste.

Voici le résumé de mes observations :

Observation I. — Œchslin, Henri, opéré à l'âge de 24 ans. Extirpation totale le 6 octobre 1880. Suppuration peu abondante, pleurésie. En février et mars début des accidents ; perte des forces des membres, la main droite plus faible que la gauche, puis gonflement de la face et des

mains, la droite plus gonflée que la gauche ; sensation de lourdeur dans la langue qui lui paraît dure, pesante, ce qui a modifié sa manière de parler: la pupille droite est resserrée. En mars nous trouvons de l'albumine dans l'urine. Le gonflement de la face augmente, les paupières sont bouffies, les traits épaissis, teint jaunâtre, facies hébété ; les pieds enflent. Le doigt ne laisse pas d'empreinte dans les parties gonflées aux mains et à la face.

Légère amélioration en été, il peut reprendre son métier de coiffeur. En 1882, adénites cervicales suppurées et début de phtisie pulmonaire. En mai 1883, il vient me consulter à cause de la gêne de respiration qu'il éprouve, je constate que la peau de la face est toujours jaunâtre quoique le teint soit plus coloré que l'année dernière ; il persiste un certain degré de gonflement et d'épaississement des traits, mais le regard a repris la vivacité qu'il avait, ce qui concorde avec l'intégrité actuelle de la parole ; la mémoire est bonne, le malade répond très bien à mes questions, son intelligence paraît intacte. Les paupières, surtout la supérieure droite, sont toujours un peu gonflées, la pupille droite toujours étroite, la vue du reste bonne. La moitié droite de la face est plus pâle que la moitié gauche, ce que nous avions déjà remarqué au mois de mars 1881, de plus le toucher montre que ce côté droit du visage est plus froid que l'autre ; rien de semblable au membre supérieur. Les forces sont meilleures, la maladresse des mains a disparu ; le gonflement apparaît encore par moments.

Un nouveau phénomène s'est produit : il lui semble par moment que le sol manque sous lui, cependant je le fais marcher les yeux fermés sans qu'il perde l'équilibre. — Signes de tuberculose pulmonaire ; cœur et rate normaux. — Encore un peu d'albumine dans l'urine. Le malade accuse une sensibilité au froid plus grande qu'avant l'opération, mais moindre qu'en 1881 et 1882.

Ce jeune homme ayant quitté Genève pour rentrer dans son pays. je l'avais perdu de vue, mais j'ai pu, grâce à l'obligeance du docteur von Mandach père, avoir au mois de décembre 1885 les renseignements suivants : On ne trouve pas trace de la glande thyroïde au cou. La face est pâle, un peu bouffie, avec quelques places rouges circonscrites ; le visage, le dos des mains sont gonflés, depuis 3 mois il en est de même des pieds ; le facies est apathique, et a perdu toute sa vivacité d'autrefois ; la peau est sèche, sans transpiration.

Les sensations sont normales, ainsi que les mouvements, mais malgré l'absence de parésie ou d'incoordination les réflexes rotuliens sont totalement supprimés. Le malade autrefois très agile est maintenant lâche, paresseux. La vivacité d'esprit qui était autrefois très marquée a disparu en grande partie, néanmoins le malade est très affecté de sa situation, sans qu'il soit atteint de mélancolie ni de dépression notable, il a été tourmenté depuis le mois de février jusqu'au mois de mai par de fortes hallucinations de l'ouïe et de la vue ; il entendait autour de lui des voix

qui lui adressaient toutes sortes d'injures ou de reproches ; il voyait des squelettes dans sa chambre ; depuis lors ces hallucinations ont disparu.

Hypertrophie du ventricule gauche sans altérations valvulaires. Dyspnée, matité du sommet gauche, respiration faible, voix rauque, toux fréquente, crachats jaunes verdâtres nummulaires.

Urine renfermant une quantité modérée d'albumine et des dépôts d'urates.

Ganglions sous-maxillaires engorgés, durs à droite avec infiltration des téguments et fistules multiples. Les creux sus-claviculaires sont plutôt pleins.

Température le 18 décembre au matin, 36°,8.

Peu après le malade succombait et je dois encore au docteur von Maulach les lignes suivantes :

Le malade est mort le 22 janvier dans un état de faiblesse croissante ; à l'autopsie on trouve les extrémités et la face légèrement œdémateuses. — Fortes adhérences de la dure-mère le long de la suture sagittale, piemère présentant sur la convexité des deux hémisphères une infiltration gélatineuse légèrement opaque, blanchâtre ; corpuscules de Pacchioni par plaques très développées. Hypérémie générale du cerveau, à part cela rien d'anormal.

La peau du cou présente des cicatrices de fistules. — Les cartilages thyroïde et cricoïde épaissis, avec ossification commençante dans leur centre ; muqueuse laryngienne œdémateuse et légèrement ramollie. Les anneaux de la trachée sont normaux soit au point de vue de leur consistance, soit à celui de leur forme.

Adhérences du poumon gauche, grande caverne au sommet, infiltration tuberculeuse du lobe inferieur. Lésions analogues mais moins avancées à droite. — Cœur présentant une couche adipeuse plus considérable que d'habitude, surtout sur le ventricule gauche ; hypertrophie des parois et des muscles papillaires ; valvules normales, caillots assez consistants.

Foie et rate normaux.

Reins rouges sur les coupes surtout le droit, corticale légèrement granulée, pyramides très marquées ; à l'examen microscopique glomérulite disséminée, mais non encore arrivée à un degré très avancé.

Nous avons dans ce cas un exemple de la maladie à marche progressive, mais avec des rémissions plus ou moins accusées ; la tuberculose qui est venue hâter la fin du malade, complique le tableau ; cependant nous voyons que des phénomènes propres au myxœdème tels que les hallucinations, les vertiges s'étaient peu à peu ajoutés aux autres et qu'en somme la maladie semblait s'aggraver de plus en plus. L'on ne peut pas malheureusement tirer grand parti de l'autopsie, vu la complication qui

est survenue et qui a pu altérer la pureté des lésions propres au myxœdème.

Obs. II. — Crottaz, Pauline, opérée le 4 mars 1881 à l'âge de 20 ans. Extirpation totale pour un goitre en grande partie kystique. Le lendemain de l'opération tétanie pendant 48 heures; aphonie qui disparaît au bout de 15 à 20 jours, mais la voix reste faible, la respiration est gênée.

Au mois de juin, je constate que le teint est devenu anémique. Les lèvres sont blanches, la face pâle, pas d'œdème, respiration difficile; les toniques et le séjour à la campagne améliorent un peu son état; en automne 1881 elle revient me voir, l'examen laryngoscopique ne m'apprend rien sur la cause de sa dyspnée; elle s'essouffle très vite, l'inspiration est difficile, la voix est comme étranglée.

Les règles qui avaient manqué sont revenues.

En novembre 1882, à la suite de crises de dyspnée et d'une contrariété, attaque de mutisme accompagné d'autres phénomènes hystériques; au laryngoscope on trouve la glotte resserrée, réduite à une fente étroite. Les maîtres de Mlle C. me disent qu'elle est devenue faible, lente et maladroite; son teint est toujours pâle et sa physionomie a changé. — Le mutisme cesse brusquement par le fait d'une frayeur; mais les crises de dyspnée continuant, elle entre dans une infirmerie où elle est soignée par le Dr V. Gautier, elle en sort très améliorée en janvier 1883; la respiration reste gênée mais les accès ont disparu. Le traitement a consisté en toniques, valériane, bromure. Plus tard l'électrisation parut amener une amélioration de la dyspnée, mais le teint reste pâle, les pupilles sont très dilatées. En automne 1883, la respiration était plus facile, mais en somme l'état général n'était guère changé; il était caractérisé par un teint pâle, jaunâtre, de l'épaississement des traits du visage; pas de gonflement des membres; parole lente, pénible, intelligence intacte, douleurs persistantes dans le côté gauche de la poitrine. Dans l'hiver de 1884, violentes douleurs dans le côté droit de la tête, dans le cou et la poitrine aussi à droite. Elle a fait sans grand succès des inhalations d'oxygène, puis une cure hydrothérapique à Lavey; ce dernier traitement paraît avoir eu un certain effet, car elle a pu alors reprendre une place de domestique en août 1884, et l'occuper jusqu'en juin 1885; elle a dû la quitter alors à cause de son extrême fatigue; elle avait en outre les jambes enflées.

En décembre 1885, je rédige la note suivante :

Le facies est celui que j'ai observé autrefois chez elle à peu de chose près; le fond du teint est pâle et jaunâtre, cependant les joues sont légèrement rosées, la lèvre inférieure épaisse est d'un rose pâle; il n'y a pas de gonflement de la face, pas de plis mais une sorte d'épaississement général des traits.

La peau est sèche aux mains, aux pieds et sur tout le corps, la transpiration a beaucoup diminué sauf aux aisselles; rien aux ongles; les che

veux sont tombés en grande quantité, ils tombent moins, mais restent rares, les sourcils sont très éclaircis.

Actuellement pas de gonflement aux jambes ni ailleurs.

Au cou pas trace de la glande thyroïde, mais je découvre dans chaque creux sus-claviculaire un *pseudolipôme* très apparent.

Les mains qui ont été pendant assez longtemps paresseuses, maladroites, surtout la droite, le sont moins; elle ne laisse plus tomber les objets, elle peut coudre et tricoter ce qu'elle ne pouvait faire il y a quelques mois, soit maladresse, soit lenteur et fatigue.

Les membres inférieurs sont assez forts; a l'asile de Territet où elle vient de passer quelque temps elle marchait en général pendant environ 4 heures par jour. — Le réflexe du genou est affaibli.

La sensibilité tactile paraît normale; la vue est affaiblie et vite fatiguée; pupilles moins dilatées qu'en septembre; ouïe affaiblie à droite, odorat et goût conservés; sensation subjective de froid, elle a souvent la chair de poule, même en été. Céphalalgie fréquente tantôt à droite, tantôt à gauche, douleurs dans le dos ou la poitrine.

Pas de changements des fonctions intellectuelles; les réponses sont lentes en partie au moins par le fait des troubles respiratoires, mais elle n'a pas de peine à penser et écrit facilement.

Le sommeil qui était troublé par des cauchemars est maintenant plus tranquille. Les vertiges fréquents, elle est tombée plusieurs fois dans la rue en 1883 et 1884, ne se sont pas produits cette année.

Respiration toujours difficile, l'ouverture de la glotte est un peu moins étroite qu'autrefois; elle dit avoir à plusieurs reprises cet été et cet automne rendu par la bouche avec un effort de vomissement du sang clair, non coagulé, comme mélangé d'eau.

Pouls petit, régulier, à 72. — Foie et rate normaux.

Appétit faible, constipation opiniâtre, amaigrissement très accusé.

Règles irrégulières, en retard, précédées pendant deux jours de douleurs dans le dos, le ventre, l'estomac et quelquefois de syncopes.

Aucune manifestation hystérique actuelle.

Le 7 mai 1885, je revois la malade avec le docteur Bricon : elle a pris de l'iodure de fer et de l'huile de foie de morue pendant l'hiver. Il y a une amélioration manifeste ; le teint est rosé sur les joues, encore jaunâtre au front. Les lèvres, l'inférieure surtout, sont encore épaisses, mais assez rouges ; les conjonctives palpébrales sont vascularisées, les pupilles ne sont plus dilatées; les cheveux sont moins rares mais toujours secs. Les mains ne sont pas tuméfiées; sèches et encore un peu rudes sur leur dos, elles sont moites à la paume; elle n'est plus maladroite et peut tricoter et coudre, mais pas très longtemps; la marche la fatigue assez vite ; elle n'est plus tombée.

Les règles sont maintenant régulières, la dernière époque a été tout à fait normale, sans douleurs; il n'y a pas eu de syncopes au moment des règles ces derniers mois. La parole est moins gênée, la respiration

plus facile. Les pseudolipômes sus-claviculaires me paraissent moins saillants.

Les parents de Mlle C. constatent chez elle une amélioration positive. Au mois d'octobre 1886, je vais la revoir, malheureusement elle vient de partir pour l'asile de Territet; sa mère me dit qu'elle a été très éprouvée par la chaleur de l'été, qu'elle a de nouveau pâli et perdu ses forces, qu'elle a eu dans ces derniers temps de très violentes crises de douleurs dans les membres et la poitrine, sous la forme de tiraillements très pénibles, que ses règles ont été très abondantes et l'ont beaucoup affaiblie, qu'en somme elle a éprouvé une rechute complète.

Nous avons encore là un exemple de myxœdème à marche progressive lente, avec des rémissions marquées; ces rémissions sont caractérisées par l'atténuation des symptômes, mais non par leur disparition complète. Quelle sera l'issue finale? Le pronostic ne peut être établi sûrement, mais il me paraît défavorable.

Observation III. — M. B..., opéré à l'âge de 40 ans le 27 décembre 1880, extirpation totale, opération simple, suites normales. Trois mois après début de la maladie ; fatigue excessive, douleurs dans les membres, pâleur, puis trois mois après gonflement de la face, des mains, des jambes, perte du goût, de la sensation de la faim et de la soif, maladresse des mains. Dès le mois de septembre 1881 amélioration notable qui s'accentue peu à peu, le malade reprend ses forces, peut faire de grandes courses, a de l'appétit ; en novembre 1885 je fais un examen approfondi du malade : quelques symptômes persistent et il n'est certainement pas guéri : bouffissure légère de la face, teint pâle, jaunâtre, nez et pommettes colorés ; épaississement des jambes, peau sèche, écailleuse aux mains et au bas des jambes ; les poils qui étaient tombés ont repoussé sauf sur le crâne où ils sont encore rares, mémoire très bonne, forces revenues, il fait volontiers de grandes marches ; cependant la force des mains au dynamomètre est faible. Le goût est revenu. Je découvre des *pseudolipômes* sus-claviculaires des deux côtés.

Tout dernièrement (octobre 1886) j'avais écrit à M. B. pour prendre rendez-vous pour un nouvel examen ; il me répond qu'il va parfaitement bien et qu'il ne voit pas la nécessité d'une nouvelle visite ; il faut dire qu'il a toujours eu un caractère bizarre, qui n'a fait que le devenir de plus en plus depuis l'opération.

Voici donc un cas dans lequel tous les symptômes du début se sont manifestés et où après une période de cinq mois d'accidents assez graves, peu à peu une amélioration évidente s'est

produite et persiste en s'accentuant depuis cinq ans ; est-ce une simple rémission, on peut bien le supposer puisqu'un certain nombre de phénomènes subsistent; est-ce un acheminement vers la guérison ? l'avenir seul nous le dira.

Dans ces trois cas, je vous prie de le remarquer, la palpation la plus attentive ne nous fait pas rencontrer dans la région du cou le moindre vestige du corps thyroïde ; leur analyse montre que la marche de la maladie peut être plus ou moins rapide, que les accidents dans certains cas peuvent s'amender et parfois pendant une période de plusieurs années. Ce dernier fait n'est point du tout un argument contre l'assimilation des accidents avec le myxœdème ; tout au contraire, une marche semblable, des périodes d'amendement fort longues, des guérisons, apparentes peut-être, ont été observées chez les myxœdémateux. Deux cas de ce genre ont été signalés par Cavafy [1] ; Ord [2] admet qu'il peut y avoir des périodes plus ou moins longues d'amélioration, mais que le malade finit toujours par aller de mal en pis.

Les deux observations suivantes sont toutes différentes ; chez les deux malades dont je vais vous résumer l'histoire, les phénomènes sont dès le début atténués, un certain nombre de symptômes manquent, sans que pour cela l'on puisse méconnaître l'existence du myxœdème, mais c'est un myxœdème en quelque sorte ébauché, un *myxœdème fruste* ; chez toutes deux aussi les accidents se sont peu à peu amendés, sans disparaître toutefois, et chez toutes deux j'ai découvert l'apparition tardive d'une petite tumeur ovalaire, régulière, en contact avec le cartilage thyroïde, présentant toutes les apparences d'une petite thyroïde accessoire ou plutôt aberrante.

Observation IV. — Mme F..., opérée le 9 novembre 1880 à l'âge de 27 ans. extirpation totale. Peu après l'opération douleur dans le dos, perte de l'appétit et des forces, état anémique; jamais de gonflement de la face ni des mains, mais gonflement fréquent des pieds, crampes et fatigue dans les membres inférieurs, maladresse des mains très accusée, sensation de froid, perte de la mémoire ; pas trace de lenteur de la parole. Amélioration graduelle constatée en mai 1883, malgré deux grossesses et des métrorragies dues à une affection utérine.

En décembre 1885 un nouvel examen me fait constater qu'un certain nombre de phénomènes persistent et je note : gonflement des pieds ordi-

[1] et [2] *British medical Journal*, 1885, t. II, p. 1073 et 1074.

nairement précédé de crampes, assez fréquent, rien à la face, parole facile, rapide, mémoire toujours diminuée, facies bon, embonpoint augmenté ; peau des mains et du cuir chevelu sèche, écailleuse ; les cheveux sont tombés en assez grande quantité, ils ont beaucoup grisonné ; pas de pseudolipomes sus-claviculaires ; sensation de froid persistante, pouls petit, faible à 72 ; sens intacts sauf la vue qui a baissé ; céphalalgie assez fréquente, un peu d'irritabilité.

Enfin je trouve à la région thyroïdienne, à la partie inférieure de la face externe du cartilage thyroïde à droite, une petite tumeur lisse, ovalaire, du volume d'une petite noisette, élastique, mobile, suivant les mouvements du larynx ; la pression y est douloureuse et provoque des accès de toux. Mme F. me fait remarquer en outre une petite grosseur, sensible, arrondie, lisse, profonde dans la région pectorale droite à sa partie supérieure.

Au mois d'octobre 1886 dernier examen : la petite tumeur thyroïdienne a le même volume mais elle s'est déplacée en bas ; le teint est bon, l'embonpoint a augmenté ; les forces sont bien meilleures que l'année dernière ; elle a pu cet été faire dans les montagnes une marche de sept heures ; le cuir chevelu n'est plus sec et les cheveux ont complètement repoussé et ne tombent plus ; ils sont beaucoup moins gris probablement parce que les cheveux repoussés sont noirs. A côté de cela persistance de crampes, de gonflement du bas de la jambe et des pieds (je n'en constate pas cependant au moment de l'examen), de la sécheresse des mains, de la sensation de froid, de l'affaiblissement de la mémoire.

Mme F. me dit qu'en somme sa santé s'est encore améliorée depuis l'année dernière, qu'elle a repris beaucoup de ses forces, et son apparence extérieure a très notablement changé en bien.

Je constate la présence dans les couches profondes de la région pectorale droite sous la clavicule de deux tumeurs arrondies, lisses, du volume d'un gros pois : la pression est douloureuse. Jusqu'ici je n'ai pas d'opinion arrêtée sur la nature de ces tumeurs.

Observation V. — Mlle S..., opérée le 15 novembre 1880 à l'âge de 33 ans pour un goitre kystique, extirpation totale. A partir du second mois, fatigue, pâleur, elle n'a plus ni forces, ni entrain ; sensation de froid puis maladresse des mains qui sont comme endormies, lourdes, mémoire diminuée, elle est obligée de penser longtemps avant de se souvenir de ce qu'elle veut ; jamais de gonflement des mains, ni des pieds, pas de lenteur de la parole, pas de modifications de la peau, des cheveux. Amélioration graduelle. En mai 1883 je trouve que le teint est un peu jaunâtre et que les paupières paraissent un peu épaissies.

Examen le 11 décembre 1885. Pas d'altérations des mouvements ni de la sensibilité ; les mains ne sont plus maladroites, elle peut maintenant broder, crocheter sans difficulté, mais se fatigue plus vite qu'autrefois ; mémoire en grande partie revenue ; le sommeil est depuis l'opération

agité par des rêves, des cauchemars. La sensibilité au froid persiste. La voix dont le timbre a changé depuis l'opération est vite fatiguée, elle ne peut parler longtemps, dit-elle, parce que sa voix part, elle ne peut chanter.

Pas de pseudolipomes sus-claviculaires. Foie un peu gros, rate normale. Règles régulières. Pouls faible à 68.

Je trouve au cou une petite tumeur lisse, arrondie, élastique, mobile, suivant les mouvements du larynx, du volume d'une grosse noisette ; elle est appliquée sur le cartilage thyroïde, sur la ligne médiane et un peu à droite, à un travers de doigt au-dessous du bord supérieur de ce cartilage; Mlle S. me dit qu'elle s'est aperçue de l'existence de cette petite tumeur au mois d'avril 1885.

Enfin dernier examen le 7 octobre 1886.

L'épaississement des paupières est à peine perceptible aujourd'hui ; pas de phénomènes nouveaux si ce n'est quelques vertiges après le repas et des règles trop rapprochées et trop abondantes (elle a maintenant 39 ans). La sensation de froid, la fatigue persistent, la mémoire excellente pour les faits anciens est mauvaise pour les faits récents ; le pouls est toujours faible. Mouvements bilieux fréquents.

La petite tumeur a augmenté de volume, sans changer de caractère. elle remonte à un centimètre du bord supérieur du cartilage thyroïde et s'étend jusqu'au bord supérieur du cricoïde.

En somme les symptômes du myxœdème sont maintenant réduits au minimum.

Ces deux observations sont tout à fait particulières et suffiraient, je le crois, à nous faire revenir de cet axiome : « l'extirpation totale de la thyroïde est seule suivie de myxœdème, » si je n'avais à vous rapporter un autre fait plus probant encore.

Comme je l'ai déjà dit, soit Kocher, soit nous-mêmes avions vu manquer les accidents tardifs de l'extirpation dans les cas où l'on constatait chez l'opéré la réapparition d'une tumeur thyroïdienne et nous en avions conclu que, en pareille circonstance, le myxœdème manquait parce que l'extirpation n'avait pas été réellement totale ; elle avait probablement laissé subsister des lobules aberrants de la glande et ceux-ci avaient suffi pour prévenir les accidents. L'époque d'apparition de la récidive était assez en faveur de cette idée ; dans un des cas de Kocher l'apparition de la tumeur datait du troisième mois après l'opération, dans le nôtre c'est peu après l'opération que la malade avait vu apparaître une petite grosseur au niveau du larynx.

Les choses se sont passées d'une façon toute différente chez

les deux malades qui nous occupent ; chez Mlle S. que j'avais eu l'occasion de voir à plusieurs reprises, ce n'est que quatre ans et demi après l'opération que la petite tumeur apparaît ; chez Mme F. la date ne peut pas être exactement précisée, mais la petite glande n'a été découverte qu'au bout de cinq ans. Il n'y a pas de doute, je crois, que ces tumeurs sont réellement constituées par de petites thyroïdes ; leur siège, leur connexion avec le larynx, leur forme, leur consistance sont caractéristiques. Supposerons-nous que la thyroïde a réellement été enlevée en totalité sans aucun reste, même de lobules aberrants, et que ces tumeurs sont le fait d'une *régénération* de toutes pièces ? On sait que d'après les expériences de Tizzoni et celles d'Éternod [1] on peut voir, à la suite de l'extirpation de la rate chez le chien ou chez le jeune renard, se former de petites rates au voisinage de l'organe enlevé ; en ce qui concerne la thyroïde Tizzoni [2] nous apprend que chez le cochon d'Inde sa régénération est possible quoique exceptionnelle ; il n'a pas été possible de déterminer dans cette régénération totale aux dépens de quelles parties se développent les noyaux de nouvelle formation, et s'ils peuvent avoir pour origine des thyroïdes accessoires qui, vu leur petitesse, auraient échappé à l'observation pendant l'acte opératoire.

Chez l'homme adulte la régénération de toutes pièces ne paraît guère admissible, et il est bien plus probable que c'est à la prolifération tardive de petites lobules aberrants, de petites thyroïdes accessoires que sont dues nos petites tumeurs ; je vous signale en passant le fait que c'est dans nos deux cas dans le voisinage du cartilage thyroïde qu'elles se trouvent placées, comme cela avait déjà été le cas dans les deux faits de récidive sans myxœdème observés l'un par Kocher, l'autre par nous-mêmes.

Si l'explication est juste nous devons conclure que chez nos deux malades l'extirpation n'avait pas été réellement totale, qu'elle avait laissé subsister de petits restes de la thyroïde, ou de petits lobules aberrants et que dans ces conditions le myxœdème n'aurait pas dû se produire ; or il s'est manifesté sous

1 A. Eternod, Sur un cas de régénération de la rate à la suite de l'extirpation totale chez le renard. *Revue médicale de la Suisse romande*, janvier 1885, p. 24.

2 Guido Tizzoni, Ricerche sperimentati intorno alla fisiopatologia del corpo tiroïde del coniglio. *Gazetta degli ospitali*, Milano, 1885, p. 378.

une forme *atténuée* mais *incontestable* et l'axiome dont je parlais ne peut plus se soutenir d'une façon absolue. Je dis que le myxœdème s'est manifesté sous une forme atténuée mais incontestable et je ne crois pas me tromper ; à part le myxœdème je ne connais aucune affection dans laquelle on rencontre réunis cette sensation de fatigue, cette lourdeur des membres, cette maladresse des mains, cette sensation de froid, cette perte de la mémoire, symptômes auxquels s'ajoutent dans un cas un peu de bouffissure des paupières, dans l'autre la sécheresse de la peau, la chute des cheveux, l'absence de la transpiration, le gonflement des jambes.

Il existe donc, au moins chez l'adulte, une forme atténuée et probablement bénigne du myxœdème opératoire ; si mes deux opérées ne sont pas absolument guéries, elles ont depuis six ans considérablement récupéré de leurs forces, elles vivent comme tous les gens bien portants ; le terme de cachexie me semble absolument inapplicable dans ces cas. Est-ce une cachectique que cette dame qui fait une journée de sept heures de marche dans les montagnes ?

D'autre part, si le myxœdème peut se produire sous sa forme atténuée sans que l'extirpation soit réellement totale, le qualificatif strumipriva n'est plus tout à fait juste. Décidément, tout amour paternel à part, je préfère *myxœdème opératoire.*

Il faudra savoir dorénavant qu'à l'encontre du myxœdème spontané ou congénital qui paraît suivre une marche en général progressive et fatale, le myxœdème opératoire peut présenter des degrés dans sa gravité, depuis les cas développés chez les enfants et amenant un état d'idiotie progressive, jusqu'à ces cas légers, atténués, *frustes* si l'on veut, dont la gravité paraît beaucoup moindre et qui sont susceptibles sinon de guérison complète, du moins d'amélioration accusée et durable. Naturellement l'avenir seul permettra d'en établir le pronostic définitif.

A priori il était surprenant de voir le myxœdème ne survenir qu'après l'extirpation totale de la thyroïde ; quelles que soient ses fonctions, il semble que la suppression brusque d'une partie un peu considérable de cet organe doit au moins les entraver en partie. Nous venons de voir qu'en effet quand l'opération n'a laissé subsister que quelques vestiges de tissu thyroïdien,

nous pouvons constater aussi chez nos opérés les symptômes d'un myxœdème atténué. Il était naturel de se demander si à la suite des extirpations partielles, au sens chirurgical du mot, on ne retrouverait pas parfois de simples traces de l'affection.

Cependant je croyais si fermement à la règle que nous avions énoncée ainsi que Kocher, règle qui avait été admise partout et qui avait servi de guide aux expérimentations des physiologistes, que j'ai prêté moins d'attention qu'il n'en aurait fallu aux suites des extirpations partielles.

Je me souviens cependant de deux opérées qui toutes deux ont été longues à se rétablir sans que rien dans l'opération pût l'expliquer.

Observation VI. — Mlle C., âgée de 30 ans, a été opérée le 11 octobre 1883, extirpation du lobe droit ; le 14 la voix jusqu'ici claire devient rauque, sans qu'on trouve autre chose que de la rougeur de la muqueuse laryngienne ; elle paraissait nerveuse, inquiète et plus affaiblie que ne le comportait la guérison rapide de l'opération ; cet état de faiblesse persista plusieurs mois.

Observation VII. — Mlle Z., âgée de 28 ans, opérée le 21 janvier 1884 extirpation du lobe gauche, goitre en partie rétrotracheal amenant des accès de suffocation et de la dysphagie. Quinze jours après, les règles arrivent, mais précédées et accompagnées de très violentes douleurs que la malade n'avait jamais éprouvées ; elles marchent très irrégulièrement et durent huit jours.

Dès le 9 février elle se plaint de fatigue, d'inappétence, elle a mauvaise mine : fer et bains sulfureux. Le 29 février je notais : la malade me dit que les bains sulfureux lui donnent des maux de cœur, elle ne peut sentir aucune odeur sans nausées, elle est pâle et a eu hier une crise de nerfs ce qui ne lui est jamais arrivé, ses règles sont proches ; elle a souvent froid aux pieds et aux mains, beaucoup plus qu'autrefois ; la parole est nette, il n'y a de trace de gonflement nulle part ; on sent bien le petit lobe de la thyroïde laissé à droite. Pilules de Méglin.

Elle me fait savoir au milieu de mars qu'elle va très bien, a repris l'appétit et ses forces, quoiqu'elle soit occupée à soigner un enfant malade. Au reste depuis l'opération la suffocation et la gêne de déglutition ont complètement disparu.

Peu après elle venait de nouveau me consulter pour des douleurs d'estomac si violentes qu'elle n'osait plus manger, je ne trouvai pas autre chose qu'une gastralgie intense ; elle prit de l'eau de Vichy, des perles d'éther et de térébenthine, des gouttes noires et ne fut débarrassée de ses crises que vers le mois de janvier 1885. Depuis lors sa santé s'est complè-

tement rétablie. Je la revois le 11 octobre 1886, elle est forte, mange bien, n'a plus du tout de sensation de froid ; la fatigue de tête et l'affaiblissement de la mémoire qu'elle avait constatés après son opération n'ont pas laissé de traces. Les règles qui ont été très douloureuses pendant six mois sont maintenant régulières, quelquefois un peu pénibles. Elle me confirme qu'elle n'a jamais eu de gonflement des pieds, des mains ou de la face, non plus que de maladresse ou de lenteur de la parole.

Le lobe droit thyroïdien est actuellement de petit volume, à peine plus gros qu'à l'état normal, mais on le sent nettement ; il me paraît avoir diminué depuis l'opération.

En somme l'état est excellent et Mlle Z... est sans restriction aucune très satisfaite du résultat de son opération.

Enfin j'ai remarqué chez une autre opérée une légère modification de la physionomie dont les traits sont devenus moins fins ; la différence est évidente si l'on compare sa photographie faite avant l'opération et quelques mois après ; elle ne se plaignait du reste d'aucun malaise et je n'ai pu la revoir.

D'après des renseignements que je viens de recevoir de mon excellent confrère le Dr Girard de Berne, soit lui-même, soit le Dr Niehans de Berne ont observé des cas analogues, surtout caractérisés par une lenteur extraordinaire à se remettre de l'opération, du reste très bien réussie, par un abattement singulier, de la faiblesse, de la somnolence et de la pâleur. Je dois ajouter que dans la séance du 21 février 1885 de la Société de médecine de Zurich le Dr W. Schulthess dit avoir observé avec le Dr Lüning des symptômes particuliers après l'extirpation partielle, mais il n'en dit pas plus et ne les décrit pas. Les quelques faits que je viens de vous résumer ont leur valeur, mais l'ébauche qu'ils nous représentent est par trop incomplète, et ils ne sont pas assez nombreux pour qu'on puisse sans plus ample information en déduire des conclusions définitives ; il est bon de les noter et d'en tirer parti pour l'observation ultérieure des opérés.

Mais voici maintenant un autre cas qui me paraît bien autrement démonstratif et qui mérite d'attirer l'attention à plusieurs points de vue.

Observation VIII. — Mlle F..., 37 ans, opérée le 22 septembre 1885. Extirpation du lobe gauche seul, l'isthme très distinct, épais comme deux

[1] *Correspondenzblatt für Schweizer Ærzte*, 15 août 1885, p. 396.

doigts est lié en deux points et sectionné entre les deux ligatures ; le récurrent paraît avoir été coupé, la voix est rauque et je constate le 6 octobre une paralysie de la corde vocale ; douleur épigastrique, douleurs de reins, un peu de fièvre. Elle quitte notre clinique particulière le 7 octobre ; elle continue à se plaindre de douleurs dans la poitrine, derrière le sternum.

14 novembre 1885. La malade vient à ma consultation, sa santé n'est pas rétablie, la voix est faible, un peu voilée et fait défaut lorsqu'elle est fatiguée, l'examen montre que la corde vocale gauche est toujours paralysée mais que la droite arrive presque à son contact lorsqu'elle émet un *a* ou un *è*. Elle se plaint de ressentir encore des douleurs pénibles dans la poitrine, vers le creux de l'estomac. Sa main gauche ne fonctionne pas à son dire comme la droite, elle lâche les objets facilement, ce qui lui arrivait beaucoup moins autrefois ; cette main lui paraît affaiblie. Elle s'essouffle facilement ; la cicatrice du cou est douloureuse à la pression et elle a la sensation que quelque chose n'est pas en ordre dans son cou. Je ne trouve pas trace de gonflement ni aux mains ni à la face.

A la palpation du cou il m'est impossible de sentir le lobe droit de la thyroïde, il semble qu'il ait complètement disparu et il existait pourtant et assez marqué au moment de l'opération. Je lui prescris du fer et lui fais faire des séances d'électrisation pour la paralysie de la corde vocale. La voix revient peu à peu et en août 1886 elle est normale, mais elle se fatigue vite.

Le 8 octobre 1886 nouvel examen dont voici le résultat : la malade continue à se plaindre de douleurs rétrosternales qui traversent dans le dos, et d'essoufflement ; elle n'a jamais présenté de pâleur bien marquée et actuellement elle est plutôt colorée ; elle éprouve souvent des palpitations, elle a peu d'appétit ; le facies est bon, il n'y a et il n'y a jamais eu le moindre gonflement sauf aux jambes qui présentent d'énormes varices et ont été ulcérées ; il ne s'est pas non plus produit de troubles trophiques, les cheveux ne tombent pas plus qu'autrefois, la peau n'est ni sèche ni squameuse, cependant elle a moins transpiré cet été que d'habitude. La parole et les mouvements ne sont point ralentis ; il n'y a plus de maladresse, elle en a remarqué lorsqu'elle s'électrisait. Les jambes se fatiguent plus vite qu'autrefois et elle éprouve assez souvent des faiblesses dans tout le corps.

La sensibilité tactile paraît normale, la vue a baissé, l'ouïe est par moment affaiblie. L'appétit est moins bon qu'autrefois, les digestions assez difficiles accompagnées de gonflements. La malade a depuis l'opération toujours froid aux mains, aux pieds, au cou et au dos.

Elle indique des douleurs variées, constantes et intermittentes : d'abord cette douleur dans la poitrine qui persiste malgré le retour de la voix, puis des bourdonnements et des douleurs dans la tête, siégeant à son sommet ; il lui semble qu'on lui arrache les cheveux ; les yeux lui font mal et elle ne peut presque plus lire ; dans les membres elle éprouve égale-

ment des douleurs; dans les membres supérieurs ce sont comme des fourmillements qui partent des mains pour remonter dans les bras, dans les inférieurs des douleurs plus aiguës, des élancements qui partent des aines et descendent dans les jambes. Elle a fréquemment des vertiges quand elle se baisse, de la gêne de la respiration quand elle fait des mouvements violents. Enfin elle a beaucoup perdu la mémoire non des faits anciens, mais des choses récentes; elle oublie souvent ce que sa maitresse vient de lui commander.

Règles régulières, peu abondantes et peu colorées.

J'examine le cou : il n'y a pas de pseudolipomes sus-claviculaires la cicatrice de l'opération est souple; *il semble qu'il n'y a plus de thyroïde*, en cherchant bien et en lui faisant avaler de l'eau je crois sentir un corps très petit à la place du lobe droit, mais je n'en suis pas bien sûr et s'il reste un vestige de l'organe, en tout cas il est à peu près réduit à rien.

Après mon examen la malade se met à pleurer et me demande si elle se remettra; elle est désolée de son état, quoiqu'elle puisse faire son service de cuisinière. Je lui prescris des inhalations d'oxygène.

Il est évident pour moi, que cette malade est atteinte de myxœdème quoique les phénomènes les plus caractéristiques, le gonflement de la face, des mains, la lenteur des mouvements et de la parole, les troubles trophiques manquent au tableau de la maladie; la réunion des autres symptômes, faiblesse, fatigue et douleurs dans les membres, sensation de froid, douleurs dans la poitrine et dans la tête, affaiblissement de la mémoire, ne peut laisser de doute dans mon esprit. C'est donc encore un de ces cas où le myxœdème est à l'état fruste et j'aurais probablement passé outre en accusant la lésion du récurrent, le nervosisme et l'anémie, si je n'avais connu auparavant dans leurs détails les variétés du myxœdème opératoire.

Si vous êtes d'accord avec moi, cette observation démontre positivement que l'extirpation partielle peut être suivie de myxœdème, même lorsqu'un seul des deux lobes a été enlevé. Il devient alors beaucoup plus vraisemblable que dans les quelques cas que je vous ai cités tout à l'heure (obs. VI et VII) et où de légers accidents se sont produits à la suite de l'extirpation partielle, ces accidents étaient réellement de même ordre, mais bien plus atténués encore.

Je vous prie de vouloir bien maintenant revenir sur un point de ma dernière observation; vous avez remarqué que deux mois après l'opération je ne trouvais plus le lobe restant, que cette disparition persiste maintenant et que s'il reste peut-être un

léger vestige de la thyroïde, en tout cas elle est réduite à presque rien; dans l'un des cas précédents où de légers accidents se sont produits je constate que le lobe respecté paraît avoir beaucoup diminué de volume. J'avais bien remarqué qu'après la thyroïdectomie partielle l'on n'avait pas à craindre autant que Rose l'avait cru la réapparition du goitre dans les parties épargnées et je le disais il y a un an dans une conférence que je fis à Lyon[1] à la clinique de mon excellent ami Léon Tripier, mais je n'avais pas remarqué l'atrophie et encore moins la disparition de la thyroïde après l'extirpation partielle. Or ce fait me paraît avoir au point de vue qui m'occupe une grande valeur; tout semble démontrer que le myxœdème spontané est dû à la disparition de la thyroïde par atrophie et le myxœdème opératoire à la suppression brusque du même organe: on pensait donc être à l'abri des accidents graves en ne faisant que des thyroïdectomies partielles, mais voici que après ces extirpations incomplètes les parties respectées de la glande peuvent s'atrophier; si cette atrophie secondaire se produit ne sommes-nous pas exposés à voir encore surgir des accidents myxœdémateux plus ou moins graves?

Cette atrophie du reste ne paraît pas être un fait constant, tant s'en faut, elle peut demeurer incomplète, et il reste à déterminer les conditions de son apparition; c'est encore un problème qui ne paraît guère facile à résoudre et qui pourra donner bien de l'occupation aux physiologistes.

Mon observation n'est du reste pas unique : Wolff[2] dans un cas où il avait enlevé un seul lobe de la glande a vu l'autre disparaître complètement sans que, il est vrai la cachexia strumipriva apparût; Küster[3] a observé régulièrement la diminution du lobe restant après la thyroïdectomie partielle; il s'était proposé de faire l'extirpation totale en deux temps, mais la seconde opération s'est trouvée inutile et depuis lors il n'enlève plus qu'un lobe.

D'autres faits qui pourront peut-être nous mettre sur une bonne piste ont été observés en Angleterre; d'après Mac Cor-

1 Jaques-L. Reverdin, Conférence sur l'extirpation du goitre. *Lyon médical*, 14 et 18 avril 1886.

2 J. Wolff, Zur Lehre von Kropf. *Berliner klinische Wochenschrift*, 1885, nos 19 et 20.

3 Küster, *Ibib.*

nak[1], sir Duncan Gibb proposa en 1875 pour les cas de goitres suffocants la division ou la résection de l'isthme; l'opération fut pratiquée dans deux cas par Holthouse, puis plus tard par Sydney Jones[2]; le résultat de ces opérations fut favorable au point de vue de la cessation de la dyspnée, mais de plus Sydney Jones remarqua qu'après l'opération les deux lobes s'atrophiaient d'une façon très marquée. Voilà encore un fait certainement bien inattendu; décidément la thyroïde, « ce diable de corps thyroïde, » comme disait Flourens, nous ménage toutes les surprises.

Ce serait ici le moment d'examiner les différentes théories émises sur le myxœdème opératoire, de passer en revue les résultats expérimentaux obtenus par les physiologistes et de voir comment s'y adaptent les faits déjà connus ainsi que les faits nouveaux que je viens de vous communiquer.

Cette tâche m'entraînerait trop loin et du reste malgré les résultats acquis grâce aux expériences de Schiff, de Wagner, de Zésas, de Sanquirico et Canalis, de Horsley, de Herzen, d'Albertoni et Tizzoni et d'autres, aucune conclusion définitive ne peut être énoncée. Il ressort du reste de ces importants travaux que les effets de l'extirpation totale de la thyroïde sont très différents suivant les espèces animales; que les rats, les lapins, les cochons d'Inde la supportent sans accidents, que les chiens et les chats meurent presque tous, et assez rapidement en général, après avoir présenté des tremblements musculaires, du tétanos, des paralysies, des crises de dyspnée; que chez les singes on voit se développer une maladie beaucoup plus analogue à celle de l'homme, caractérisée par des tremblements musculaires, une infiltration de mucine dans le tissu conjonctif et de l'idiotie, amènant le coma et la mort beaucoup plus lentement que chez le chien.

Cette discordance dans les phénomènes probablement plus apparente que réelle, montre cependant bien que l'on ne peut encore établir d'une façon définitive la ou les fonctions de la thyroïde, non plus que le mécanisme des accidents consécutifs à son extirpation chez l'homme. Aussi l'observation clinique doit-elle être poursuivie avec patience et persévérance dans cette direction, et c'est ce qui m'a engagé à vous communiquer les faits qui font l'objet de ce travail.

[1] Mac Cormak, *loco citato.*
[2] Sydney, Jones, *The Lancet*, 24 nov. 1883, t. II, p. 900.

Ces faits peuvent être résumés de la façon suivante :

1° Les accidents consécutifs à l'extirpation du corps thyroïde dans l'espèce humaine présentent le même ensemble de caractères que le myxœdème ou cachexie pachydermique ; le terme de myxœdème opératoire que nous avions proposé en 1883 me paraît complètement justifié.

2° L'extirpation totale du corps thyroïde n'est pas fatalement suivie chez l'homme de myxœdème, il manque souvent chez l'adulte, et peut manquer aussi chez l'enfant.

3° Le myxœdème opératoire présente différentes formes : des formes progressives, avec ou sans rémission de plus ou moins longue durée, des formes atténuées susceptibles d'amélioration sinon de guérison complète, des formes légères et *frustes*.

4° Une amélioration de longue durée peut se produire chez l'adulte quoique l'extirpation ait été réellement totale.

5° J'ai observé dans deux cas une forme atténuée avec amélioration considérable équivalant presque à la guérison à la suite de l'extirpation totale ; mais chez les deux opérées de petites tumeurs thyroïdiennes se sont développées longtemps après l'opération au voisinage du cartilage thyroïde, ce qui semble indiquer que l'extirpation totale au point de vue chirurgical ne l'était pas au point de vue anatomique.

6° Comme le faisaient pressentir les deux faits précédents l'extirpation partielle peut aussi être quelquefois suivie de myxœdème ; je l'ai observé alors sous sa forme fruste.

7° L'extirpation d'un des lobes de la thyroïde peut être suivie de l'atrophie du reste de l'organe ; dans le cas que j'ai rapporté l'opérée a présenté les phénomènes du myxœdème fruste.

Et maintenant, Messieurs, devons-nous tirer dès aujourd'hui quelque déduction pratique des faits que je viens de vous signaler ? Je suis loin de penser que nous devions renoncer à pratiquer l'extirpation partielle du goitre : cette opération est souvent une nécessité absolue, et les accidents que je vous ai décrits se sont montrés alors sous une forme atténuée.

C'est à rechercher les conditions de leur développement, les moyens de les prévenir, leur thérapeutique enfin jusqu'ici trop négligée que doivent porter nos efforts, et, pour la solution de ces différents problèmes, c'est à de nouvelles expérimentations qu'il faudra s'adresser, et, sans oublier que les recher-

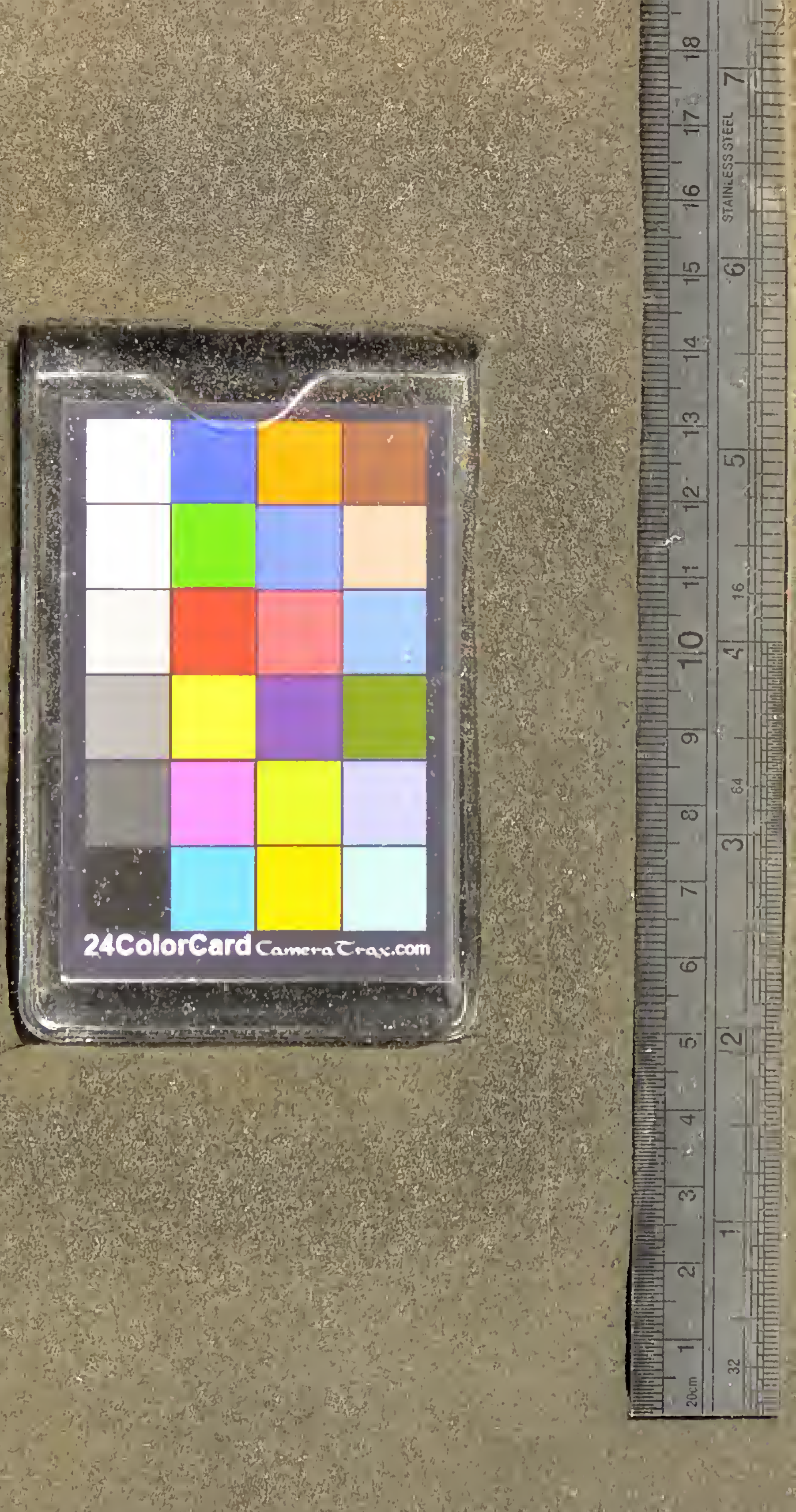
hes de ce genre ne peuvent porter tous leurs fruits qu'à la ondition d'être toujours guidées par la clinique, je veux ire par l'observation patiente, attentive et judicieuse des ıalades.

Notes additionnelles.

1° Au moment de la communication de ce mémoire j'ai eu onnaissance de l'étude expérimentale du Dr Ferdinand Fuhr [1] ır l'extirpation de la thyroïde; parmi les nombreuses expé- ences faites par cet auteur il en est qui montrent que chez le ıien l'extirpation partielle peut donner lieu à des accidents emblables à ceux qui succèdent à l'extirpation totale, mais il st vrai non mortels; pour les voir apparaître il faut enlever hez cet animal plus des deux tiers de l'organe. Ces résultats ϛpérimentaux ne doivent-ils pas être rapprochés de nos cas e myxœdème fruste consécutifs à l'extirpation partielle chez homme?

2° Pendant le congrès, le professeur A. Poncet, de Lyon, a ı l'obligeance de me remettre la note suivante : A. Poncet, de yon a eu l'occasion de revoir il y a quelques mois un jeune omme de 24 ans auquel il avait enlevé quatre ans auparavant isthme de la thyroïde pour un goitre rétrosternal suffocant. es deux lobes de la thyroïde laissés en place ne lui ont pas ıru atrophiés, mais le malade était pâle, il se plaignait d'avoir erdu les forces, de ne pouvoir travailler comme par le passé, n'avait pu continuer la profession pénible de forgeron qu'il cerçait auparavant. En tenant compte des observations de -L. Reverdin il s'agit probablement d'un cas de myxœdème uste, l'examen du malade n'ayant révélé aucune lésion viscé- ıle et ce dernier n'accusant qu'une sensation de faiblesse.

[1] Dr Ferdinand Fuhr. Die Extirpation der Schilddrüse. Eine experimentelle ıdie. *Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie.* Tome 21, fascicule et 6. Leipzig, 1886.


24ColorCard
CameraTrax.com
STAINLESS STEEL